

ANNÉE 1931

THESE

95 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

RAYMOND MAGNIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Institut de Médecine et d'Hygiène Coloniale de Paris

Médecin Sanitaire de la Marine Marchande

Né à Nouméa (Nouvelle-Calédonie), le 25 Mai 1904

L'Ostéocondrite Disséquante de la Hanche

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

M. 1

ANNÉE 1931

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

RAYMOND MAGNIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Institut de Médecine et d'Hygiène Coloniale de Paris

Médecin Sanitaire de la Marine Marchande

Né à Nouméa (Nouvelle-Calédonie), le 25 Mai 1904

L'Ostéochondrite Disséquante de la Hanche

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

LE DOYEN. . . . M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentl.	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENOMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
	CARNOT.
	BEZANÇON.
Clinique médicale.	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . . . Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BROCCQ . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY . . . Urologie.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE . . Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). . Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino laryngologie.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI . . Neuro-psychiatrie.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON . . . Histologie.
 N . . . Physiologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE . . Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHEL . . . Physiologie.
 SAUNIE . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX . . . Anatom. pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale	HEITZ-BOYER	} Clinique chirurgicale (suite)
CHIRAY		MATHIEU	
DEBRÈ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
FIESSINGER		SCHWARTZ	
LIGNEL-LAVASTINE		LE LORIER	
BASSET	} Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL	} Clinique obstétricale
CHEVASSU		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	
WEILL-HALLÉ	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LENORMANT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR P. MOULONGUET-DOLÉRIS

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Qui a bien voulu nous aider de ses conseils.

*Hommage de profonde gratitude pour
la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1923 M. LE PROFESSEUR HARTMANN, 2^e semestre.
1924 M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)
1^{er} semestre.
1924 M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND, 2^e semestre.

Externat

- 1925 M. LE DOCTEUR RIST.
1926 M. LE DOCTEUR DUFOUR.
1927 M. LE PROFESSEUR TEISSIER.
1928 M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT., 1^{er} semestre
1928 M. LE PROFESSEUR GOUGEROT, 2^e semestre.
1929 et 1930 M. LE DOCTEUR GERNEZ.
1931 M. LE DOCTEUR A. MOULONGUET.

Médecine coloniale

- 1927 M. LE PROFESSEUR TANON.

Introduction

La réalité et la fréquence de l'ostéochondrite disséquante de la hanche ne sont plus à démontrer; de nombreuses observations publiées ces dernières années en font foi. Les manifestations articulaires les plus fréquentes de cette affection sont dans l'ordre : le genou, le coude et l'épaule. Une observation inédite d'ostéochondrite disséquante de la hanche, que nous avons pu étudier au cours de l'année 1930, avec le Docteur P. Moulonguet, nous a amené à rechercher dans les annales médicales les observations qui ont pu y être publiées. Nous en avons trouvé quatre : trois allemandes et une roumaine. Aucune n'a encore été, à notre connaissance, publiée en France à ce jour. Nous nous proposons de produire ici cette observation inédite suivie des quatre antérieures. Notre but est d'attirer l'attention des médecins sur cette localisation rare, mais dont l'existence n'est pas douteuse, et d'essayer, autant que le nombre restreint de cas nous le permet, d'en synthétiser les signes cliniques, radiologiques et anatomopathologiques.

Nous ne prétendons, d'aucune façon, faire œuvre complète et nos conclusions ne sauraient être définitives.

Observations

OBSERVATION I

(Inédite)

P... Edouard, âgé de 32 ans, exerçant la profession de broyeur, entre dans le service du D^r Gernez à Tenon, pour douleurs siégeant aux deux hanches, accompagnées de gêne fonctionnelle considérable des deux membres inférieurs. Il nous raconte l'histoire suivante :

Il a toujours été d'une santé parfaite, quand, progressivement, s'est installée, il y a deux ans, une douleur siégeant à l'aîne gauche, à l'occasion de la flexion de la cuisse sur le bassin. Cette douleur augmentait beaucoup avec la fatigue ; à la suite d'une marche prolongée, par exemple. En même temps, apparaissait un certain degré de gêne fonctionnelle, du membre inférieur gauche. Le repos faisait disparaître tous ces symptômes. Douleur et gêne fonctionnelle allèrent croissant quand, il y a un an, le même fait se produisit du côté opposé. Du coup, la marche devint extrêmement malaisée. Enfin, depuis trois mois, la douleur est devenue continue, sourde, se prolongeant même la nuit. Cette douleur, il l'accuse également aux genoux.

La gêne fonctionnelle, par suite de la diminution de l'amplitude des mouvements, devient extrême : non seulement la marche est difficile, mais pour se tenir debout, le malade doit employer l'aide de deux cannes.

Cette gêne fonctionnelle est si intense que le malade s'en plaint plus que de l'élément douleur lui-même.

Les antécédents du sujet ne sont pas chargés. Il n'a jamais présenté de maladies infectieuses importantes. Il n'existe pas d'intoxication professionnelle ni de signes d'alcoolisme. Tout au plus, peut-on signaler une gastro-entérite pendant la guerre et une bronchite il y a deux ans.

Examen clinique.

On est en présence d'un homme très maigre, mais parfaitement constitué. Il se tient debout, appuyé sur une canne dans chaque main. Il marche avec la plus grande difficulté, par petits pas, avec beaucoup de précautions. Couché, notre attention est tout de suite attirée vers les hanches. Il existe bien une douleur au niveau des genoux, mais les mouvements de la jambe sur la cuisse sont parfaitement normaux.

L'inspection au niveau des hanches ne révèle rien de particulier. Il n'existe pas de douleur provoquée sur les trochanters, dont les repères anatomiques sont normaux.

Les deux articulations coxo-fémorales paraissent absolument sèches et on ne trouve pas de signes d'abcédation de voisinage. Il n'existe pas de ganglions inguinaux-iliaques. Enfin il n'y a pas d'atrophie musculaire.

Les mouvements spontanés de la cuisse sur le bassin sont très restreints. La flexion est assez bonne, mais l'abduction et la rotation sont pour ainsi dire nulles.

A chacun de ces mouvements, le malade accuse une douleur à l'aîne.

Par les mouvements passifs on obtient une amplitude un peu plus importante.

La flexion est assez bonne. On atteint l'angle droit à gauche et légèrement plus à droite.

La rotation est nulle à gauche, limitée à droite.

L'abduction est nulle à gauche, très limitée à droite.

Ces mouvements provoquent une douleur assez vive.

L'examen général du malade ne révèle rien ailleurs.

Il n'existe pas de trace de tuberculose ni de syphilis.

Une réaction de Wassermann a été négative.

On se trouve donc en présence d'un sujet qui présente cliniquement une arthrite ankylosante bilatérale de la hanche. Mais on est très embarrassé pour porter un diagnostic étiologique ; le malade est envoyé à la radiographie.

La *radiographie* du bassin nous fit découvrir la lésion et poser le diagnostic avec certitude. On peut y découvrir facilement au niveau des têtes fémorales une tache sombre, bilatérale, de la grosseur d'une pièce de cinq francs. Cette lésion presque rigoureusement symétrique, siège au niveau de la partie supéro-externe de la surface articulaire. Elle se détache du tissu osseux qui est sa matrice, par un contour clair très apparent. Les travées osseuses y sont complètement disparues. Les bords de la matrice qui reçoit ce corps étranger sont renforcés par une zone plus sombre, qui semble due à du tissu osseux plus dense.

Ces radiographies montrent, d'autre part, des lésions de la cavité cotyloïde qui est crénelée et irrégulière.

Il est certain que cette articulation était déjà très altérée.

A la vue de cette image radiologique typique, des lésions de l'ostéochondrite disséquante, telle qu'on peut l'observer au genou et au coude, le Dr Moulonguet porta le diagnostic d'ostéochondrite disséquante de la hanche et proposa aussitôt une intervention au malade. Cette intervention fut divisée en deux temps : on intervint dans un premier temps sur la hanche gauche et dans le deuxième temps sur la hanche droite.

Le 4 mars 1930, M. le Dr Moulonguet pratique le premier temps de l'intervention sous anesthésie générale à l'éther. Le malade placé sur le pelvi support, on pratique une incision passant entre le couturier et le fascia-lata, recourbée en haut vers la crête iliaque. Le sujet étant très maigre, une dissection facile fait découvrir l'articulation. On incise la

capsule qui est épaissie ; à sa face interne, la synoviale est hyperplasique et quasi-fongueuse.

On est conduit sur la tête fémorale.

Mais la luxation par cette voie est impossible, malgré tous les efforts même violents de flexion et de rotation externe. On est obligé de faire sauter l'épine iliaque antéro-inférieure avec le droit antérieur et l'attache du ligament de Bertin. La luxation est alors possible, quoique avec effort.

Il existe un décollement du cartilage sur le tiers ou la moitié de la tête : à ce niveau, le cartilage est godronné, plissé, comme le couvercle demi flétri d'une phlyctène.

Il est sectionné au pourtour du décollement dont le fond est formé de tissu osseux spongieux, peut-être un peu plus dur que normalement, ne saignant pas.

A la curette on arrange les bords du décollement cartilagineux et le fond de la chambre de décollement, en passant légèrement.

On réintègre ensuite la tête du fémur ; un clou est posé sur l'épine iliaque antéro-inférieure. On suture le ligament de Bertin avec deux crins et la capsule au catgut. Un petit drain est placé dans les parties molles et des crins en 8 sur les plans musculaires et cutanés.

Enfin, on immobilise la hanche et le membre inférieur par un plâtre.

Fin avril on libère l'ankylose récidivante sous anesthésie générale et on mobilise la hanche.

Le 5 mai on procède au deuxième temps en intervenant du côté droit. On pratique la même incision que pour le côté gauche et on fait sauter d'emblée l'épine iliaque antéro-inférieure. On incise la capsule en avant, de haut en bas. On est en présence de fongosités plus importantes peut-être que du côté gauche. Il existe, de plus, une sérosité articulaire.

La luxation de la tête fémorale est difficile à obtenir à cause de la mobilité du malade sur le pelvi-support. On sec-



Radiographie. — OBSERVATION I.



Radiographie. — OBSERVATION I.

tionne le ligament rond et on obtient enfin une luxation complète.

La surface décollée est située au-dessus du ligament rond, sur une surface égale à une pièce de 5 francs environ. Le cartilage décollé est coupé au bistouri aux limites du décollement. Le fond et les bords de la chambre de décollement sont curetés légèrement.

On repose avec un clou l'épine iliaque antéro-inférieure.

La capsule est suturée au catgut.

L'articulation saignant un peu, on place un drain entre les muscles.

Le ligament rond n'a pas été suturé. On immobilise par un plâtre comme précédemment.

En juin, on réduit l'ankylose bilatérale sous anesthésie générale. On obtient une flexion excellente et une abduction à 45°.

Le malade est confié au masseur ; malheureusement les mouvements d'abduction restent très limités à cause de la contracture des adducteurs. La flexion peut se faire à angle droit.

On réintervient en novembre, pour enlever les vis fixant les épines iliaques antéro-inférieures.

On obtient toujours 45° d'abduction et la flexion à angle droit. Il est possible que ces vis placées sur les épines iliaques antéro-inférieures soient en partie la cause de la gêne fonctionnelle qui subsiste.

On a pratiqué une inoculation de fragments de la synoviale au cobaye. Cette inoculation s'est révélée négative à l'autopsie des animaux qu'on a sacrifiés au bout de trois mois.

Examen histologique.

L'examen anatomo-pathologique des pièces fait par le D^r Moulouquet a donné les résultats suivants :

I) *Fragment de la calotte ostéo-cartilagineuse.*

Le cartilage est vivant, pas très modifié dans son aspect normal, sauf par endroits où il est recouvert d'une couche fibreuse et du fait qu'il est absolument décalcifié.

Les cellules sont bien vivantes.

Par contre, l'os sous-jacent est complètement nécrosé.

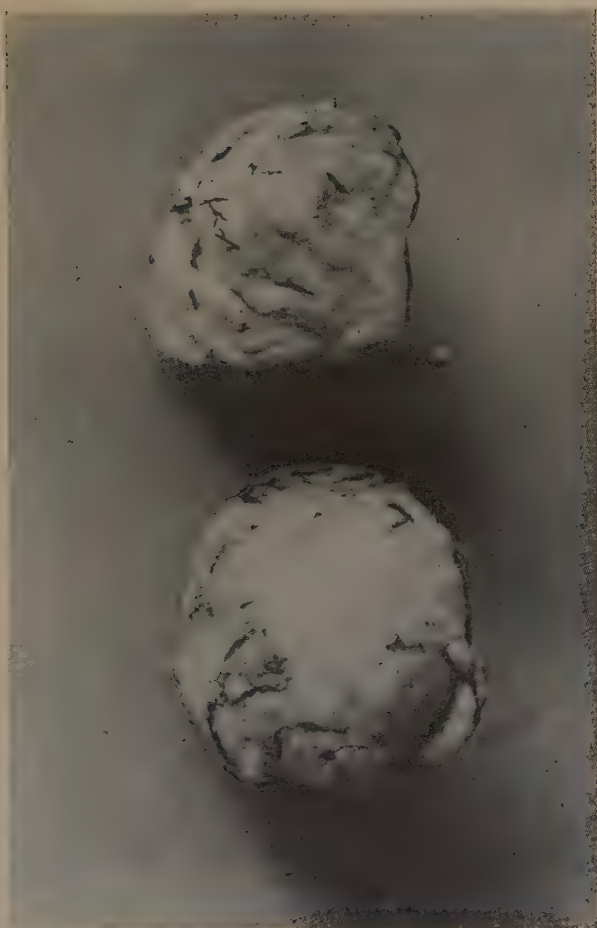
Il n'y a plus de moelle osseuse. On ne voit aucun processus réactionnel, comme si la nécrose avait été massive d'emblée.

II) *Fragment de la synoviale.*

L'hyperplasie réactionnelle est notable, mais pas inflammatoire ; en tout cas, sans rien de suspect au point de vue tuberculeux.

Le malade a été revu tout dernièrement. Il subsiste une contracture des adducteurs gênant beaucoup la marche ; la flexion est bonne. On essaie actuellement de réduire cette contracture par des massages et le pétrissage des adducteurs.

Une nouvelle radiographie a été pratiquée, montrant un interligne régulier et un contour de la tête fémorale qui est peu différent de la normale.



gauche
droit
Photographie des pièces anatomiques

Observations déjà publiées

OBSERVATION II

Ernst Bergmann. Deutsche Zeitschrift für chirurgie, tome 217

Il s'agit d'un jeune homme, âgé de 24 ans, qui a toujours été en excellente santé. Depuis 2 mois, c'est-à-dire décembre 1928, il ressent une douleur au niveau du genou gauche. Il ne se souvient pas d'avoir eu un traumatisme quelconque.

Cette douleur augmente progressivement d'intensité en même temps qu'apparaît une autre douleur au niveau de la hanche gauche. Son médecin l'a traité sans succès par des massages et par la diathermie.

En février 1929, il entre dans notre clinique. On est en présence du tableau clinique d'une coxalgie gauche au début. Le membre inférieur gauche est en contracture, flexion, abduction et rotation externe. L'articulation coxo-fémorale ne permet que de très légers mouvements actifs. La mobilisation du membre inférieur gauche est très douloureuse. Enfin, la marche du sujet est très gênée et entraîne une claudication très marquée.

Nous avons fait pratiquer une radiographie stéréoscopique de la hanche gauche, qui nous a montré un corps étranger articulaire libre, de la grosseur d'un noyau de prune, siégeant au niveau du cadran antéro-inférieur de la tête fémorale.

L'interligne articulaire n'était pas modifié et il n'existait pas de trace d'arthrite déformante.

Opération.

A l'intervention, on trouve un corps étranger articulaire, complètement libre, de la grosseur d'un noyau de pêche. Ce corps étranger provient de la région de la fovea-capitis et on y voit adhérer encore quelques fragments du ligament rond. Grâce à la radiographie stéréoscopique nous avons pu localiser exactement ce corps étranger et pratiquer une petite intervention en faisant une incision longitudinale antérieure, le long des gros vaisseaux.

Anatomie pathologique.

C'est l'image habituelle, bien connue de la nécrose osseuse aseptique, telle qu'on a déjà pu la décrire, au genou et au coude. Le revêtement cartilagineux, encore nourri, est vivant. L'os, au contraire, est nécrosé. Il s'agissait donc d'une nécrose osseuse aseptique tout à fait évidente et dont le processus évolutif était de beaucoup antérieur au début clinique de l'affection.

Suites opératoires : Huit mois après l'intervention, le malade pouvait disposer d'une articulation parfaite.

OBSERVATION III

*M. Lange. Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie,
28 mars 1929, tome 51*

Il s'agit d'un jeune homme, âgé de 17 ans, qui ressent depuis 3 mois des douleurs au niveau de la hanche droite, d'intensité croissante. Elles apparaissent après une demi-heure de marche et dans la position debout, pour disparaître dans la position couchée.

Il n'existe pas de douleur de la hanche gauche.

Ce malade raconte une histoire de traumatisme : chute d'une lourde caisse sur la cuisse droite.

Cependant, il faut noter qu'il n'en a pas parlé tout d'abord, mais seulement au bout de deux mois de traitement.

En novembre 1925, on est en présence d'un jeune homme bien constitué. Il présente de légers signes de rachitisme. A l'examen, on trouve les deux hanches atteintes. Les têtes fémorales sont en place, ainsi que les deux trochanters dont les repères anatomiques sont normaux.

La jambe droite est sensiblement atrophiée.

Les mouvements passifs sont possibles ; plus faciles à droite qu'à gauche. L'abduction se fait à 150° à droite et 140° à gauche.

La flexion et l'adduction sont libres des deux côtés. La rotation externe est de 50° des deux côtés.

Examen radiographique.

Les radiographies des deux hanches montrent :

1^o Du côté gauche, la présence d'un foyer sous-chondral au niveau du cadran latéro-supérieur de la tête fémorale ; les travées osseuses y sont peu modifiées.

2^o Du côté droit, au même niveau que du côté gauche, on peut distinguer un foyer plus important ; les travées osseuses y sont en partie effacées.

Des deux côtés, les zones claires qui délimitent les corps étrangers, sont entourées de zones de tissu osseux plus dense et plus sombre. Les interlignes articulaires ne sont pas modifiés.

Des radiographies d'autres régions du squelette montrent des lésions osseuses, en particulier au niveau des surfaces articulaires des vertèbres lombaires, au niveau de la tête articulaire de la douzième côte et aux genoux.

Le malade refuse toute intervention, parce qu'on n'avait pas voulu reconnaître l'origine traumatique de son affection.

OBSERVATION IV

M. Lange. Zeitschrift für Orthopädische chirurgie, 28 mars 1929, tome 51

Cette observation a été retrouvée par l'auteur, lors d'une révision de ses documents radiographiques.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 22 ans, qui présente des douleurs, de plus en plus intenses, au niveau de la hanche gauche. Ces douleurs apparaissent au bout d'une heure de marche. Le malade ne parle pas de traumatisme. Les têtes fémorales sont en place et les trochanters ne présentent pas de modifications de leurs rapports anatomiques.

La cuisse gauche est sensiblement atrophiée.

Les mouvements passifs sont les suivants : abduction, 165°, hyper-extension 180°, flexion libre, rotation interne 10°, rotation externe 20°.

Il n'existe pas de raccourcissement du membre, mais on constate à la marche un certain degré de claudication.

La radiographie du côté gauche, montre au niveau du cadran latéro-supérieur de la tête fémorale, un corps étranger cunéiforme. L'interligne articulaire est normal et on ne constate rien de suspect par ailleurs dans l'articulation.

Une radiographie du côté opposé montre une articulation normale.

Ce malade a été traité par un plâtre de marche. Après quatre mois de séjour dans notre service il part, pouvant marcher sans douleurs et sans appareil.

En juin 1928, soient 8 ans plus tard, le malade est revu. Il ne présente plus de douleurs, cependant il évite les marches prolongées et les sports. La hanche droite est toujours indolore.

L'examen fonctionnel des membres inférieurs donne les résultats suivants :

Abduction à gauche 160°, à droite 165°.

Hyperextension à gauche libre, à droite 180°.

Flexion à gauche 70°, à droite 90°.

Rotation interne à gauche 30°, à droite 30°.

Il n'existe pas de claudication.

On fait pratiquer de nouvelles radiographies des deux hanches.

Du côté gauche, on reconnaît le fragment cunéiforme que l'on voyait sur la première radiographie, mais il semble avoir adhéré à sa matrice. Il n'existe plus, à son niveau, de travées osseuses. La zone de condensation au voisinage de la matrice a augmenté. La tête fémorale s'est aplatie et on constate des lésions importantes d'arthrite sèche.

Du côté droit, il existe, au même niveau qu'à gauche, un fragment cunéiforme avec travées osseuses effacées et zone de condensation au pourtour de la matrice. Cette lésion nouvelle est découverte 8 ans après celle du côté opposé.

OBSERVATION IV

D. Găldău : Revista Bucaresti, août 1929

T... A..., âgé de 26 ans, entre dans le service du D^r Pop, pour douleurs au niveau de l'articulation de la hanche droite. Ces douleurs ont débuté insidieusement depuis quatre ans ; supportables la première année, elles sont, depuis trois ans, devenues intolérables, surtout à l'occasion du travail. Elles étaient constantes, jour et nuit. Depuis deux ans le malade a dû s'aliter.

On ne note pas dans l'anamnèse de traumatisme, mais le malade nous déclare qu'en qualité de bûcheron il est astreint à un travail pénible et doit souvent transporter de lourds fardeaux. Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents.

A l'examen clinique, tous les mouvements actifs et passifs

de la hanche droite sont presque libres ; mais ils provoquent de fortes douleurs. On ne trouve pas de points douloureux au niveau du trochanter et de l'os iliaque. Le membre n'est pas raccourci. A la marche on constate un certain degré de claudication.

La réaction de Wassermann est négative.

Examen radiologique : La radiographie de la hanche droite montre l'existence d'une solution de continuité en forme d'ellipse, qui débute à la fovea capitis et contourne l'extrémité supérieure. Ce fragment chondro-osseux est du volume d'une pièce de un franc.

Il n'existe pas de traces d'arthrite sèche.

Le côté gauche est radiologiquement normal.

Nous avons porté le diagnostic d'ostéo-chondrite disséquante de la hanche, en nous basant sur ce fait que le corps étranger articulaire ne paraissait pas complètement détaché de la tête fémorale.

Le Dr Pop a appliqué à ce malade un traitement conservateur : extension continue et appareil plâtré. Au bout de six semaines le malade quitte le service, très amélioré. Il revient, cinq semaines plus tard, avec les mêmes douleurs que précédemment. Une nouvelle radiographie est pratiquée, qui montre le statu quo.

Le malade n'a pas été opéré ; mais nous nous proposons d'intervenir chirurgicalement la prochaine fois qu'il viendra nous consulter.

L'Ostéochondrite disséquante de la Hanche

L'ostéochondrite disséquante de la hanche se caractérise par la formation d'un séquestre aseptique, superficiel, aux dépens de la tête fémorale. Ce séquestre conserve d'abord la forme de la lamelle osseuse qui est sa matrice; il se détache ensuite et devient un corps étranger libre dans la cavité articulaire. On pourra donc rencontrer cette lésion à différents stades : en cours de séquestration, détachée mais encore logée dans son gîte osseux et enfin libre dans l'articulation.

ETIOLOGIE

L'étiologie et le mécanisme de la production de cette affection ne sont pas encore très connus. Il s'agit d'après les observations citées plus haut, d'hommes jeunes de 18 à 30 ans, parfaitement sains d'apparence. La réaction de Wassermann a toujours été négative ; on a pas retrouvé de lésions tuberculeuses concomittentes. Certains partisans de la

théorie traumatique, dans la génèse de cette affection, donnaient comme principal argument en faveur de leur thèse, l'absence d'ostéochondrite disséquante de la hanche : articulation profonde et bien protégée contre les traumatismes. Au contraire, ils notaient la fréquence de cette affection au niveau des articulations plus exposées comme le genou et le coude. Dans les observations que nous avons citées, on ne retrouve pas toujours cette notion de traumatisme et certains malades le nient même (observations I et V). D'autres auteurs veulent rattacher l'ostéochondrite disséquante à l'arthrite sèche. Dans les observations que nous venons d'étudier on a pu voir les rapports qui existent entre ces deux affections : l'arthrite sèche survient comme complication de l'ostéochondrite disséquante (observations I et IV). Ces observations ne nous fournissent aucun renseignement sur l'étiologie endocrinienne ou rachitique de l'ostéochondrite disséquante!

SYMPTOMATOLOGIE

Nous distinguerons trois phases à l'ostéochondrite disséquante : 1° une phase de début fruste et très souvent longtemps latente ; 2° une période d'état et 3° une période terminale d'ankylose.

L'examen devra porter systématiquement sur les deux hanches même si le malade n'éprouve des douleurs que d'un côté.

Cliniquement, l'ostéochondrite disséquante de la hanche se présente à la première période comme une affection douloureuse et progressivement ankylosante. Au début, les douleurs n'ont aucun caractère précis. Le malade se plaint de la région inguinale, quelques fois du genou correspondant (observations I et II). L'élément douleur de l'ostéochondrite disséquante de la hanche est variable chez un même sujet et d'un sujet à un autre. Le plus souvent elle n'est pas spontanée et n'apparaît qu'avec la fatigue ; au bout d'une demi-heure ou d'une heure de marche, quelques fois simplement par la station debout prolongée. Elle disparaît presque toujours par le repos et l'immobilisation dans la position couchée. Dans certains cas de lésions bilatérales (observations III et IV) la douleur a toujours été strictement unilatérale.

La gêne fonctionnelle est précoce et se manifeste en même temps que l'élément douleur. Certains malades prétendent même que cet élément est plus gênant que la douleur elle-même (observation I). Les mouvements les plus entravés sont l'abduction et la rotation externe. La flexion est le plus souvent bien conservée. Cette gêne fonctionnelle entraîne une claudication accentuée entravant beaucoup la marche.

A la période d'état ces signes cliniques augmentent et deviennent beaucoup plus gênants. C'est à ce moment que le malade vient consulter le plus souvent. Jamais, en effet, dans nos observations on a

vu les malades au premier stade. La douleur et la gêne fonctionnelle atteignent, à la période d'état, une importance considérable. La douleur est souvent intense et continue, obligeant le malade à rester couché. Quand il se lève elles augmentent d'intensité : la marche est presque impossible sans appui. Dans l'observation I, le malade marchait avec la plus grande difficulté et se tenait debout avec peine, s'appuyant sur une canne dans chaque main. Quelques fois on note un certain degré d'atrophie musculaire, plus particulièrement dans les cas unilatéraux (observations II et V).

En dehors de la douleur et de l'impotence fonctionnelle, on ne trouve rien par ailleurs d'anormal à l'examen clinique. Il n'existe pas de points douloureux au niveau des trochanters ou des os iliaques.

Nous n'avons pas dans nos observations de période terminale avec ankylose.

FORMES CLINIQUES

On peut citer comme forme clinique d'un type un peu spécial l'observation II dont le tableau clinique rappelle, au premier abord, la coxalgie : contraction, flexion, abduction et rotation externe du membre inférieur.

EVOLUTION

L'évolution de cette affection procède par des signes beaucoup plus particuliers que la séméiologie. Dans toutes les observations citées, cette évolution a été de longue durée, s'étendant sur des années, entrecoupée de périodes de mieux apparent. La restitution ad integrum semble devoir être rare. Une observation est intéressante à ce sujet c'est l'observation IV. Le malade a été revu sans traitement chirurgical, 8 ans après le premier examen. Ce second examen montre une amélioration subjective et objective incontestable. La douleur a disparu. La gêne fonctionnelle s'est amendée, les mouvements passifs ont beaucoup plus d'ampleur et, fait capital, une nouvelle radiographie montre le fragment, autrefois décollé, en place et paraissant avoir adhéré de nouveau à sa matrice. Dans les autres observations, au contraire, l'évolution s'est faite vers l'ankylose progressive.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'ostéochondrite disséquante est souvent bilatérale d'emblée ou bien peut le devenir (observation IV).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'ostéochondrite disséquante est impossible par la seule clinique ; c'est à la radiographie qu'on devra le porter avec certitude.

Les radiographies dans les différentes observations que nous avons relatées, présentent des analogies très marquées qui permettront d'affirmer le diagnostic. Ces radiographies devront être faites soigneusement et renouvelées au besoin sous des incidences différentes des rayons.

La méthode employée par E. Bergmann (observation II) est certainement excellente. Nous voulons parler de radiographie stéréoscopique. Cependant, sur une bonne radiographie ordinaire, on reconnaîtra facilement des lésions typiques. Dans l'observation I le Docteur Moulonguet a porté le diagnostic d'ostéochondrite disséquante de la hanche bilatérale sur la simple inspection de l'image radiographique. On peut facilement voir le séquestre se projeter en plus sombre sur l'image de la tête fémorale ; les travées osseuses y sont moins apparentes ou même souvent disparues selon le stade de l'évolution.

Le séquestre repose sur la matrice osseuse. Il en est séparé par une zone claire qui le délimite exactement. Au niveau de la matrice on remarque une zone sombre suivant les contours de la zone claire qui délimite le séquestre ; le tissu osseux y paraît plus dense sur une faible épaisseur.

En général, le reste de l'articulation paraît parfaitement sain (observations II, III, IV et V). Cependant (observation I) on peut voir assez rapidement un retentissement sur l'articulation atteinte sous la forme de lésions d'arthrite sèche : irrégularités de la tête articulaire et du cotyle.

Il est utile de bien connaître les lésions radiographiques de l'ostéochondrite disséquante de la hanche, car c'est sur leur aspect seulement qu'on pourra porter le diagnostic.

Chaque fois que l'on se trouvera en présence du syndrome clinique que nous avons exposé : douleur et gêne fonctionnelle chez un adulte jeune, on devra donc faire une radiographie de la hanche malade. L'autre hanche, paraissant saine devra être également radiographiée et cette radiographie répétée à un intervalle de temps assez éloigné. On a vu, en effet, que dans trois observations sur cinq l'ostéochondrite était bilatérale — et notamment dans les observations III et IV que le malade se plaignait, en tout et pour tout, d'une seule hanche, alors que les deux étaient atteintes.

Les radiographies devront être répétées même après traitement chirurgical. C'est par elles que l'on pourra juger l'évolution de la maladie.

Si le malade n'a pas été opéré on pourra constater, mais rarement (observation IV), la réorganisation du séquestre : le fragment séquestré semble adhérer à nouveau à sa matrice. Le plus souvent la réintégration spontanée ne semble pas devoir se faire et on retrouve à la radiographie le même séquestre (observation V)

Lorsque le malade a été opéré, il est bon aussi de refaire des radiographies qui peuvent montrer la guérison (observation I et II). Il sera bon également, de vérifier les autres articulations qui montre-

ront, mais rarement, des lésions osseuses (observation III) d'arthrite sèche.

Le diagnostic différentiel doit se poser avec toutes les arthrites chroniques de la hanche.

D'abord avec l'ostéochondrite juvénile ou maladie de Calvé-Perthes. La dénomination ostéochondrite juvénile de la hanche nous paraît fâcheuse à cause de la confusion de nom avec l'ostéochondrite disséquante.

La maladie de Calvé-Perthes est une affection complètement différente. Il s'agit de sujets plus jeunes de 5 à 13 ans. Comme dans l'ostéochondrite disséquante on ne trouvera pas de ganglions inguino-iliaques. La symptomatologie est à peu près identique. Cependant la radiographie montre des lésions très différentes. La tête fémorale est aplatie en forme de calotte. Le noyau épiphysaire est souvent fragmenté en deux ou trois noyaux inégaux. Il existe des lésions du cartilage épiphysaire qui est irrégulier, dentelé, à limites floues. Le col fémoral est en coxa-vara ; l'interligne articulaire plus agrandi, le cotyle lui-même est souvent atteint. En résumé, l'articulation toute entière est malade, ce qui n'est pas, en général, le cas dans l'ostéochondrite disséquante qui frappe une articulation saine, au moins au début.

L'évolution de la maladie de Calvé-Perthes est différente : elle se fait vers la guérison par la simple immobilisation, l'extension continue ou un plâtre. L'ostéochondrite disséquante de la hanche évolue

au contraire le plus souvent vers l'ankylose si l'intervention chirurgicale n'est pas pratiquée à temps.

Le diagnostic auquel on est tenté de croire le plus souvent (observations II, IV et V) est celui de coxalgie ; mais on l'éliminera bien vite par l'examen clinique et surtout par l'examen radiologique.

Cliniquement c'est une arthrite de la hanche, donnant quelquesfois (observation II) le tableau clinique complet de la coxalgie. Cependant, il y manque l'adénopathie inguino-iliaque. La radiographie seule tranche la difficulté : on n'y retrouve pas les signes habituels bien connus de l'arthrite tuberculeuse.

Le diagnostic le plus difficile sera celui des arthrites sèche, d'autant plus que l'ostéochondrite disséquante de la hanche se complique assez rapidement (observation I) d'arthrite sèche.

Là encore le diagnostic sera écarté par la radiographie qui montre, dans l'arthrite sèche, des déformations osseuses très importantes, la formation d'ostéophytes et enfin des lésions multiples portant sur le reste du squelette : décalcification, bec de perroquet, etc... Ce diagnostic sera pourtant difficile dans certains cas (observation III), où ces lésions existent ailleurs.

La coxa-vara sera encore facilement écartée, par la radiographie.

TRAITEMENT

Le traitement des ostéochondrites disséquantes de la hanche sera le même que celui des ostéochondrites disséquantes du genou et du coude. Ce sera l'intervention chirurgicale qui a donné, dans ces derniers cas, des résultats remarquables.

Des cinq observations que nous citons, deux malades seulement ont été opérés. Pour les autres malades on s'est contenté d'une thérapeutique médicale, de l'immobilisation, de l'extension continue et enfin d'un plâtre. Le plus souvent ces moyens se sont montrés totalement inefficaces. Le mieux apparent qu'ils entraînaient était de courte durée et on a vu les malades revenir peu après leur sortie de l'hôpital avec le même syndrome. Nous devons signaler toutefois le cas de l'observation IV où l'application d'un plâtre de marche pendant quatre mois, a donné semble-t-il, des résultats excellents. Le malade n'a jamais plus ressenti de douleur et de gêne fonctionnelle et ceci a pu être prouvé par un examen fait 8 ans après.

Pour les deux sujets opérés, un résultat est excellent, l'autre laisse un peu à désirer.

Le résultat opératoire de E. Bergmann, dans l'observation II, est remarquable : huit mois après l'intervention le malade pouvait disposer d'une articulation parfaite.

Pour le second malade opéré par le Docteur Moulouquet, les résultats semblent devoir être moins

bons. Le malade qui a été revu tout dernièrement, soit 11 mois après la 1^{re} première intervention, présente certainement une amélioration très nette de l'amplitude de ses mouvements. Cependant il subsiste une contracture de la corde des adducteurs gênant encore beaucoup le malade. Nous ne désespérons pas, néanmoins, que ces résultats s'améliorent encore sous l'influence des massages et pétrissages des adducteurs.

Nous passerons rapidement sur la technique chirurgicale à employer. Signalons, toutefois, la simplicité de l'intervention de E. Bergmann, qui, grâce à une radiographie stéréoscopique, a pu localiser exactement son corps étranger et intervenir à son niveau par une incision antérieure le long des gros vaisseaux. L'incision employée par le Docteur Moulonguet entre le couturier et le fascia lata, a permis une luxation de la hanche et une exploration complète de cette articulation. Toutefois l'emploi du pelvi-support, s'il a été utile pour la confection du plâtre, a beaucoup gêné les manœuvres de luxation de la tête fémorale.

Après l'intervention l'immobilisation de la hanche par un appareil plâtré nous paraît indispensable pendant une période de quelques jours.

Le malade sera ensuite confié à un masseur qui pratiquera la mobilisation rationnelle et la mécano-thérapie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Grâce à l'intervention chirurgicale, nous nous trouvons en possession de documents nouveaux. Il nous a été possible d'examiner les lésions in situ. Au point de vue du séquestre, on note dans l'observation I un cartilage décollé, plissé, le séquestre est encore en place. Ou bien (observation II) on se trouve en présence d'un corps étranger libre dans sa matrice.

Le fragment ostéochondral présente en général une surface cartilagineuse presque intacte, nourrie par la synoviale ; la surface osseuse en regard de la matrice est irrégulière et complètement nécrosée. La matrice présente également une surface irrégulière et nécrosée.

L'examen histologique du fragment séquestré (observations I et II) a montré des lésions en tout point semblables à celles que l'on a déjà décrites au niveau du genou et du coude. Le revêtement cartilagineux est vivant, pas très modifié dans son aspect normal. L'os sous-jacent par contre est mort, complètement nécrosé ; la moelle osseuse a disparu.

Au point de vue des autres éléments, il apparaît que l'ostéochondrite disséquante de la hanche, d'abord lésion limitée, entraîne des lésions progressives qui atteignent la synoviale et la cavité cotyloïde (observation I). Dans cette dernière observation, l'examen histologique a montré une hyperplasie

considérable des villosités et de leur revêtement endothélial.

La radiographie d'autre part, montre dans notre observation I, des lésions indiscutables de la cavité cotyloïde qui est crénelée et irrégulière. Il est donc certain que cette articulation était déjà très altérée et on peut craindre que cette lésion abandonnée à elle-même, aboutisse à la destruction fonctionnelle et à l'ankylose.

Conclusions

1° Il existe au niveau de la hanche, une affection bien particulière, dont les caractéristiques sont celles de l'ostéochondrite disséquante, décrite par König, et qui est beaucoup plus fréquente au genou et au coude. Nous rapportons cinq observations d'ostéochondrite disséquante de la hanche, dont deux ont été vérifiées par une intervention chirurgicale et un examen anatomo-pathologique. Cette lésion est souvent bilatérale.

2° L'ostéochondrite disséquante de la hanche, doit être recherchée systématiquement, en présence d'une arthrite chronique de cette articulation, parce qu'une thérapeutique convenable pourra éviter la destruction fonctionnelle et l'ankylose. La thérapeutique à appliquer est l'arthrotomie avec l'ablation du séquestre ou du corps étranger articulaire.

3° Il n'existe aucun rapport entre l'ostéochondrite juvénile de la hanche, maladie de Calvé-Perthes et l'ostéochondrite disséquante. Cette similitude de

noms peut provoquer une confusion regrettable, l'évolution et le traitement de ces deux affections étant tout à fait dissemblables.

Vu, le Doyen,

Vu, le Président,

BALTHAZARD.

LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- BÈRGMANN (E.). — « Ostéochondrite disséquante de la hanche bilatérale ». — Deut. zeitsch. f. chir., 1929, tome 217.
- BERNARD (Louis). — « Contribution à l'étude de l'ostéochondrite disséquante ». — Thèse Paris, 1925.
- FISCHER (T.). — « Etude des corps étrangers articulaires ». — Brit. Journ. of Surg., 1920-1921, t. VIII, p. 493 et t. X, p. 52.
- GALDAU (D.). — « Ostéochondrite disséquante, cas rares ». — Rev. de Chir. Bucaresci, août 1929.
- KÖNIG. — Ostéochondrite disséquante. — Arch. f. Klin. Chir., 1926.
- LANGE (M.). — « Ostéochondrite disséquante de la hanche bilatérale, deux observations ». — Zeitsch. f. orthop. chir., 28 mars 1929, tome 51.
- LÖHR (W.). — « Examen et résultat du traitement de l'ostéochondrite disséquante ». — Arch. f. Klin. Chir., 1929, t. 157, p. 191 et 752.
- MOUCHET. — « Ostéochondrite de la hanche » (maladie de Calvé-Perthes). — Presse Médicale, 26 octobre 1929.
- MOULONGUET (P.). — « La signification pathologique des corps étrangers articulaires ». — Ext. des Annales d'Anato. patho. et d'ana. norm. medico-chir.
- PAITRE et DU BOURGUET. — Ostéochondrite disséquante. — Rev. de Chir., 1927.

SCABELL (A.). — « Pathogénie de l'ostéochondrite disséquante ». — Schweiz. med. Wchnschr., 14 juillet 1929.

SOMMER. — « Ostéochondrite disséquante, étude clinique et anatomo-pathologique ». — Bruno Breitr., z. Klin. Chir. 1923, t. CXXIX, p. 1.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
